



*Зинаида Мякина, руководитель дирекции ДМС страховой компании «МАКС»*

*Почему добровольное медицинское страхование стало самым объемным сегментом страхового рынка и за счет чего оно будет прирастать в будущем?*

— По итогам первого квартала ДМС оказалось лидером по темпу роста сборов, обогнав страхование жизни и ОСАГО. Это новый тренд или просто сезонный всплеск?

— В течение последних 3-4 лет рынок добровольного медицинского страхования (ДМС) практически не рос, его прирост был обусловлен не увеличением числа корпоративных клиентов или застрахованных, а медицинской инфляцией — ростом цен на медицинские услуги и лекарства. Это повлекло за собой увеличение размера страховых взносов. Что касается первого квартала 2017 года, действительно, рынок ДМС относительно всего остального страхового рынка вырос на целых 10%. Но говорить о новом тренде пока рано. С моей точки зрения, корпоративный сегмент активно не растет, а это 90% рынка ДМС.

— Неужели стал наконец расти сегмент добровольного медицинского страхования физлиц?

— Исторически он был представлен классическими полисами ДМС родственников застрахованных по корпоративным программам, для которых действовали корпоративные тарифы. Это было очень удобно и выгодно. Вторая группа, которая дала прирост этой части портфеля, — мигранты. Особенно в последние два года. Сегодня ни один иностранный гражданин не может оформить себе патент на работу, независимо от профессии и должности, без полиса ДМС. Это также дает увеличение объемов страхования физических лиц.

— Для иностранцев действуют другие тарифы, чем для российских граждан?

— Да, конечно. Средняя цена полиса в Москве и Московской области — 4 тысячи рублей, но в разных регионах стоимость разная.

— Набор услуг отличается от классического полиса ДМС?

— Покрытие включает медицинские услуги, связанные с неотложными медицинскими состояниями, включая и амбулаторно-поликлиническую помощь, и стационарное лечение, и скорую помощь на территории региона, где проживает и работает иностранный гражданин.

Мигранты и инфляция оказались главными причинами роста рынка ДМС

Траты на ДМС в России за прошлый год росли медленнее рынка – на 6,6% до 137,6 млрд руб., подсчитали аналитики BusinessStat. Весь рынок платных медицинских услуг в целом за год вырос на 8%, а легальная коммерческая медицина – на 9%.

— Как формируются тарифы, какой набор услуг включается в полис для физического лица, который не является родственником застрахованного сотрудника, включенного в корпоративную программу?

— Если вы хотите приобрести рисковый полис добровольного медицинского страхования, который включает серьезное покрытие и подразумевает большую страховую сумму, вам необходимо заполнить анкету, а иногда и пройти медицинское освидетельствование. С учетом того, что человек сам платит за себя, он, очевидно, будет ухудшать сложившуюся картину обращаемости на рынке — у него эти цифры, естественно, будут выше. Поэтому и тарифы будут достаточно высокими.

— Какая есть альтернатива, если ты хочешь иметь полис ДМС, но не готов много за него платить?

— Есть программы с лимитированным покрытием, которые включают в себя ограниченный объем медицинских услуг — с лимитированной страховой суммой или кратностью обращений, каких-то манипуляций. Такие программы покупают в основном для детей или для беременной супруги. Это направление, где есть определенная активность. На мой взгляд, это не совсем правильно — каждый «бюджетоформирующий» член семьи должен иметь страховую защиту и заботиться в первую очередь о своем здоровье. Это как в самолете: сначала наденьте кислородную маску на себя, потом — на ребенка, чтобы вы могли ему помочь. Но у нас, к сожалению, тема добровольного медицинского страхования в плане семейных трат на самом последнем месте.

— Что еще ограничивает рост сегмента добровольного медицинского страхования физлиц?

— Нет привычки, нет соответствующего менталитета, нет денег, наконец. Многие пользуются корпоративными программами. Корпорации пока, несмотря на нестабильную экономическую ситуацию, не отказываются страховать сотрудников по ДМС в рамках социального пакета. Существенного уменьшения количества клиентов нет.

— Что вы делаете, чтобы удержать корпоративных клиентов в непростой ситуации?

— Обсуждаем с ними изменение конфигурации программы: не снижая качества и не уменьшая существенно объемы услуг, предлагаем другой сегмент медицинских учреждений, которые с точки зрения самой медицинской помощи не хуже. Условно говоря, клиника оформлена попроще: не «в античном стиле», а просто сделан нормальный евроремонт. Клиентов, конечно, привлекает сервис и антураж, улыбчивый и симпатичный персонал, но добровольное медицинское страхование — это все-таки в первую очередь медицина. Переход в такие медицинские учреждения, где обстановка чуть демократичнее, но качество медицины находится на должном уровне, дает клиенту возможность сэкономить без потери качества.

— Ваши коллеги жалуются на «переобследованность» застрахованных. Вы тоже отмечаете эту тенденцию?

— Что греха таить: сами страховщики приучили российский рынок к тому, что страхователи и застрахованные смотрят на полис ДМС как на абонемент в фитнес-клуб. Если у меня есть полис, я могу по нему ходить вне зависимости от того, надо мне или нет. А по большому счету ответственность страховой компании наступает, когда

внезапно возникает какая-то болезнь или при обострении хронического заболевания. Анализируя наши счета, мы сталкиваемся с тем, что медучреждения навязывают клиентам дополнительные услуги. Соответственно, растут счета, растет средний чек, растут тарифы. Так что второе направление возможной экономии для корпоративных клиентов — ограничение некоторых популярных, но не всегда обязательных медицинских услуг: ЛФК, неограниченные курсы массажа...

Каждый «бюджетоформирующий» член семьи должен иметь страховую защиту и заботиться в первую очередь о своем здоровье.

— Какой средний уровень обращаемости по полисам ДМС?

— Средний по разным группам клиентов — 60-67%. Самые низкоактивные — IT-компании, самые высокоактивные — банки. А если сотрудник участвует в соплатеже с работодателем (сейчас такая конструкция распространена в целях экономии), активность посещения медучреждений стремится к 100% — человек же заплатил свою копеечку (обычно это 10% от стоимости полиса, остальные 90% платит работодатель).

— Чем соплатежи в ДМС отличаются от франшизы?

— Франшиза — тот самый инструмент, который во всем мире регулирует убыточность. В ДМС на российском рынке она используется не один год. Активно ее используют, например, «Альянс», «Ингосстрах». При франшизе человек участвует в финансировании ДМС на этапе оплаты услуги — когда он пришел в лечебное учреждение и ему предлагают дополнительные консультации и обследования. Оплачивая, скажем, 10%, он десять раз подумает, нужно ему это или нет. Это очень эффективный инструмент, который, кстати, зарекомендовал себя и в моторном страховании.

— У вас есть такие программы?

— Есть, но сегодня клиенты не очень активно их покупают, хотя скидки на тарифы по таким программам существенные — до 15-17%.

— Как вам кажется, программы ОМС и ДМС должны как-то пересекаться или набор медуслуг должен быть «разведен»?

— Сейчас классическое ДМС практически полностью дублирует полис ОМС, но в лечебных учреждениях другого уровня с добавлением хорошего медицинского сервиса. На мой взгляд, будущее рынка ДМС — это дополняющие ОМС продукты. Это программы с инновационными опциями и технологиями. Очень актуальными являются программы на стыке страхования от несчастного случая и добровольного медицинского страхования — страхование от критических заболеваний. ОРВИ, гастрит или язву можно полечить в обычной муниципальной поликлинике, а когда речь идет о высокотехнологичной медпомощи, дорогостоящей диагностике и лечении, это может решаться за счет двух источников — бюджета и частного финансирования (когда частично платит сам человек или корпорация, где он работает).

— Что из таких программ наиболее востребовано?

— Онкострахование — одна из самых актуальных программ, мы тоже недавно вышли на рынок с таким продуктом — «Сохраним жизнь». Уникальность его в онкоассистансе, который включает подтверждение диагноза, организацию консультаций ведущих российских специалистов, содействие в получении квоты, выборе метода лечения, клиники, врача и т. п. Выплата по такой программе у нас — 500 тысяч рублей, стоимость полиса — 5 тысяч рублей в год. Наш партнер по ассистансу — Центр персонифицированной медицины, который работает очень плотно с Российской ассоциацией онкологов. Вот сюда есть смысл двигаться в добровольном медицинском

страховании. Скидки для корпоративных клиентов могут достигать 25%.

Президент России Владимир Путин подписал закон о внедрении телемедицины, что позволит россиянам законно получать консультации у своего лечащего врача с помощью Интернета. Документ опубликован в воскресенье на портале правовой информации.

— Какие еще новые продукты, отвечающие требованиям времени, вы запустили или запускаете?

— Весной мы запустили продукт «Онлайн ДМС», стоит он чуть дороже 3 тысяч рублей. Застрахованный имеет возможность неограниченное количество раз в течение года получить квалифицированную медицинскую консультацию по телефону, через видеочат и иные средства связи. Никто, конечно, не отменял очный визит к врачу для постановки диагноза и назначения лечения. Но сориентировать пациента в проблеме, снять психологическое напряжение в экстренной ситуации, выбрать нужного специалиста, получить «второе мнение» вполне можно. Подписанный 30 июля 2017 года президентом закон о развитии телемедицинских технологий позволит сделать значительный шаг в развитии данного направления.

— С кем из провайдеров вы работаете?

— Нашим партнером является ООО «Мобильные медицинские технологии». Этот провайдер работает на российском рынке уже несколько лет, предоставляя современные IT-решения. Их партнерами являются как многопрофильные, так и специализированные медицинские центры.

— Насколько эти программы востребованны?

— Пока это пилотные проекты, с которыми компании только выходят на рынок. Подобные продукты есть у «ВТБ Страхования», «Ренессанс Страхования», у нас.

— Зачем это нужно страхователю и страховщику?

— Для пациентов, проживающих в крупных городах, это экономия времени. Для жителей отдаленных регионов, где доступность специализированной медицинской помощи недостаточная, это возможность получить консультации ведущих специалистов профильных научных центров, «второе мнение».

Для страховой компании, помимо маркетингового преимущества, это может стать инструментом снижения убыточности за счет сокращения неэффективных обращений застрахованных в лечебные учреждения, которых сегодня, по разным оценкам, более 30%.

— Но медучреждения не заинтересованы в сокращении числа визитов, так как они как раз получают оплату в зависимости от количества...

— Лечебные учреждения могут подключиться к этим программам, предоставляя своих специалистов для дистанционных консультаций.

— По вашему мнению, в какую сторону будет двигаться рынок ДМС в ближайшие годы?

— Классическое ДМС еще долго будет присутствовать на российском рынке в том виде, в котором оно уже сложилось. Страхование от критических заболеваний и программы с инновационным технологичным сервисом должны привлечь в ДМС новых клиентов. Это продукты для массового сегмента — они недорогие и решают проблемы, которые есть практически у каждого. Они не являются альтернативой классическому продукту ДМС, но вполне могут стать драйверами роста рынка.

Источник: Банки.ру, 03.08.2017